EXPOSÉ

DES

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] Marcel SOURDEL

EXPOSÉ

DES

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Marcel SOURDEL

TITRES HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES

Externe des hôpitaux, 1904.
Interne provisoire des hôpitaux, 1907.
Interne des hôpitaux, 1908.
Docteur en médecine, 1912.
Chef de clinique adjoint, 1914.
Médecin inspecteur des écoles, 1914.

DOSSIER MILITAIRE

Médecin aide-major de 2e classe, 1914.

Médecin aide-major de 1e classe, 1916.

Médecin-major de 2e classe, 1918.

Médaille d'Argent des épidémies, 1917.

Mobilisé le 2 août 1914, hôpital n° 11, Orléans. Décembre 1914, à août 1915, hôpital n° 20, Melun. Août 1915 à avril 1916. Ambulance d'armée-Ecrouves. Avril 1916 à septembre 1916. Ambulance divisionnaire 1/54. Septembre 1916 à mars 1917. Armée d'Orient (ambulance alpine n° 1, ambulance de brigade). Mars 1917. Évacué de Monastir pour paludisme. Quatre mois d'hôpital et de convalescence. Août 1917. Médecin-adjoint au médecin-chef de secteur (Ve région).
Septembre 1917. Médecin-chef du sous-district anti-paludique (hôpital de Villeblevin, centre de paludéens). Novembre 1917. Médecin-chef du 1er secteur médical de la 8e région (hôpital 71, Dijon). Mars 1918. Médecin-chef du 5e secteur médical de la 15e région (hôpital 10. Nice). Démobilisé le 27 février 1918.

LISTE CHRONOLOGIQUE DES PUBLICATIONS

1910

1. Cancer de l'ampoule de Vater (en collaboration avec M. H. Claude). Progrès médical.
2. Phénomènes d'excitation psychique, puis délire alcoolique. Tuberculomes cérébraux, et méningo-encéphalite toxique (en collaboration avec M. H. Claude). Progrès médical, 20 novembre 1910. P. 635-658.

1911

3. Lymphadénome intestinal (en collaboration avec M. Legry). Société anatomique, 3 mars 1911.
4. Note sur la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, dans la chorée chez les enfants (en collaboration avec MM. H. Richardière et J. Lemaire). Société de pédiatrie, mars 1911.
5. Insuffisance diastémato-spermatique acquise avec atrophie thyroïdienne (en collaboration avec M. N. Fiessinger). Société médicale des hôpitaux, 28 juin 1911.
6. Sporotrichose gommeuse disséminée avec lésions oculaires (en collaboration avec MM. Legry et Velter). Société médicale des hôpitaux, 21 juillet 1911.
7. Syndrome pluriglandulaire. Étude clinique et anatomique d'un type à prédominance thyroïdienne et pancréatique (en collaboration avec MM. M. Villaret et M. Faure-Beaulieu). Presse médicale, 26 août 1911.
8. Un cas d'angine de Vincent traité par le Salvarsan. Société de thérapeutique, 8 novembre 1911.

1912

9. Contribution à l'étude des lésions associées de la thyroïde et du pancréas (sur un type spécial de thyroïdite et de pancréatite chroniques) (en collaboration avec MM. M. Faure-Beaulieu et M. Villaret). Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, t. XXIV, n° 1, janvier 1912, p. 1 à 28.

10. État méningé et ictère infectieux (en collaboration avec M. N. Fessinger). Société médicale des hôpitaux. 22 mars 1912.

11. Observation d'un ictère avec état méningé. Société médicale des hôpitaux, 31 mai 1912.

12. L'effet purgatif des injections hypodermiques de sulfate de magnésie (en collaboration avec M. le Pr Albert Robin). Société médicale des hôpitaux, juin 1912.

13. Hémosidérose viscérale et insuffisance pluriglandulaire (en collaboration avec M. H. Claude). Société médicale des hôpitaux. 5 juillet 1912.

14. Contribution à l'étude anatomo-clinique des syndromes pluriglandulaires. Thèse de Paris, 1912 (332 pages avec 14 planches hors texte). Vigot, frères, éditeurs.

1914

15. Insuffisance thyroïdienne compensée. Contribution à l'étude des syndromes pluriglandulaires (en collaboration avec M. Cawadias). Société médicale des hôpitaux. 30 janvier 1914.

1916

16. Blessures de guerre et syphilis. Société médicale de la 1re armée.

17. Blessures de guerre et syphilis. Journal des praticiens. 1916.

18. Un cas d'orchite chez un paludéen. Société médicale de l'armée d'Orient. Décembre 1916.

1918

19. Un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique (en collaboration avec M. Ameuille). Société médicale des hôpitaux. 31 mai 1918.

1919

20. L'élimination parallèle de l'iodure de potassium, par les urines et par la salive (en collaboration avec M. Ameuille). Société de biologie. Avril 1919.

21. Valeur comparée de l'azotémie et de la constante d'Ambard au cours des néphrites subaiguës (en collaboration avec M. Ameuille). En préparation.

RÉSUMÉ

I. — **Syndromes pluriglandulaires.**

Pendant ma deuxième année d'internat, alors que j'avais l'honneur d'être l'élève de M. H. Claude, j'ai eu l'occasion d'observer un malade qui présentait un aspect tout à fait particulier. Cet homme ressemblait à une vieille femme : maigre, décharné, sans poils sur le visage, à l'exception de quelques poils très raides sur la lèvre supérieure et le menton, les cheveux secs, cassants, clairsemés, la face couverte de rides, pigmentée. Cette pigmentation se retrouvait inégalement répartie sur d'autres parties du corps, absolument glabre. — Les organes génitaux étaient très atrophiés, les testicules à peine perceptibles. Ce malade dont l'asthénie fut de plus en plus prononcée, mourut progressivement dans un état de déchéance physiologique extrême. — L'altération des glandes à sécrétion interne était manifeste. Plusieurs glandes étaient atteintes. C'était un syndrome pluriglandulaire. L'autopsie nous permit, après examen de toutes les glandes vasculaires sanguines, de mettre en évidence leur encombrement par le pigment ferrique (ce malade présentait, d'autre part, des signes de cirrhose pigmentaire). L'intérêt était grand, tant au point de vue doctrinal, sur une question de pathologie générale encore controversée, qu'au point de vue pratique. Dès ce moment, dirigé par M. H. Claude, j'ai orienté mes recherches, en vue d'un classement, cherchant la pathogénie des faits de même ordre que je pouvais observer. — Les malades ne sont pas rares. — Par contre, les constatations anatomiques sont encore peu nombreuses. J'ai pu faire les autopsies dans quatre cas, et relever des altérations organiques des différentes glandes. Mais, tandis que, l'étude de notre premier malade donnait toute satisfaction, l'anatomie pathologique expliquant parfaitement la clinique,

l'altération des organes correspondant aux symptômes qu'il est classique d'attribuer à leur souffrance, il n'en fut pas de même dans les autres cas, notamment dans l'observation publiée avec MM. M. Faure-Beaulieu et M. Villaret. — Ce sujet, qui n'avait jamais manifesté de signes de diabète portait des lésions très prononcées du pancréas. Il avait, d'autre part, présenté des signes très nets d'insuffisance surrénale progressive (hypotension artérielle, asthénie). Les capsules surrénales étaient à peu près normales. — L'histologie pathologique montre donc la réalité des faits, justifie la dénomination de syndromes pluriglandulaires. Mais, dans l'état actuel de nos connaissances physiologiques sur les glandes closes, j'ai pensé qu'il n'était pas encore possible de classer les faits observés en se basant sur l'anatomie pathologique.

Dans la thèse que j'ai consacrée à ce nouveau chapitre de la pathologie, j'ai cru faire œuvre utile, en rattachant à leur véritable cause les observations antérieures, parues sous d'autres titres, en cherchant à les classer d'après les données de la clinique seule. L'observation attentive des malades m'a permis de les répartir en cinq catégories : le syndrome adiposo-génital, la forme acromégalique, déjà étudiées antérieurement. La sénilité précoce anormale, dont le type est schématique, dans l'observation que j'ai résumée au début. Dans un quatrième groupe, ce sont les troubles de la pigmentation qui caractérisent les malades. Enfin les pseudo-myxœdémateux, les cas où le syndrome est atténué, ou à son début, constituent la dernière catégorie.

II. — **Système nerveux.**

A. — A mesure que les constatations anatomiques sont faites de manière plus précise, que les méthodes histologiques appliquées à l'étude du système nerveux deviennent plus perfectionnées, le cadre des affections purement fonctionnelles, des troubles névropathiques simples, sans substratum anatomique tend à se rétrécir de plus en plus. L'observation du malade que j'ai publiée avec M. Claude vient à l'appui de cette manière de voir. Cet homme qui succomba à une crise de délire alcoolique présentait des lésions graves des lobes frontaux, telles que des tuberculomes multiples, avec méningo-encéphalite de la convexité.

B. — En collaboration avec MM. Richardière et J. Lemaire, j'ai montré que le liquide céphalo-rachidien des choréiques présentait

souvent une lymphocytose légère, traduisant sans doute un certain degré d'irritation méningée.

C. — J'ai pu observer deux cas d'une affection décrite antérieurement par MM. Guillain et Ch. Richet fils, caractérisée par l'association des signes d'ictère infectieux avec des symptômes méningés. Dans l'un des cas, la méningite avait précédé l'ictère. Dans l'autre, l'ictère fut primitif. Chez les deux malades les symptômes furent bruyants, l'ictère prenant les allures d'un ictère grave, les troubles nerveux se traduisant notamment par le délire, les troubles du pouls et de la musculature externe de l'œil. La guérison survint rapidement cependant. Ces observations sont superposables à celles publiées antérieurement sur le même sujet.

III. — Appareil urinaire.

A. — J'ai cherché à établir avec M. Ameuille une épreuve de l'activité fonctionnelle du rein, par l'élimination urinaire provoquée de certaines substances, notamment de l'iodure de potassium, après injection intraveineuse, en la comparant avec l'élimination par certaines humeurs, notamment par la salive. Nous avons remarqué que chez les malades présentant d'autre signes importants d'adultération rénale, l'iodure ne passait ni dans la salive, ni dans l'urine, comme s'il avait été fixé sur les tissus. De nouvelles recherches sont en cours sur ce sujet.

Il faut rattacher à ces recherches l'étude de la valeur comparée de l'azotémie et du coefficient uréo-secrétoire, au cours des néphrites subaiguës. Cette étude fera l'objet d'une prochaine communication à la Société médicale des hôpitaux.

B. — Le malade, atteint de fièvre bilieuse hémoglobinurique dont j'ai publié l'observation avec M. Ameuille succomba par anurie et urémie. L'azotémie monta progressivement de 2 gr. 60 à 6 gr. 37, la veille de la mort. L'anurie était due, sans doute, à une cause mécanique. L'examen du rein montra que les tubes de Bellini étaient obstrués par le pigment ferrique, provenant de la destruction des globules. Le malade présenta d'autre part une hémoglobinhémie par hémolyse massive. Cependant son sérum ne contenait ni auto-hémolysines, ni iso-hémolysines. Mais le sérum contenait une anti-hémolysine, appréciable seulement par l'intervention d'hémolysines biologiques.

IV. — **Thérapeutique.**

A. — Sous la direction de M. le Professeur Albert Robin, dont j'ai l'honneur d'être actuellement le chef de clinique adjoint, j'ai constaté l'action purgative des injections sous-cutanées de sulfate de magnésie. Cette action s'explique sans doute, comme l'a montré le docteur Gaillard dont nous avons inspiré la thèse, par l'hypertonicité musculaire provoquée de l'intestin. Il y a là un procédé utile indiqué toutes les fois que les malades ne peuvent absorber les purgatifs par voie buccale. L'action moins brutale paraît d'ailleurs se prolonger plus longtemps.

B. — J'ai montré dans un cas l'action rapidement bienfaisante du salvarsan, en applications locales, sur l'évolution de l'angine de Vincent.

C. — Les blessés de guerre atteints de syphilis paraissent cicatriser plus rapidement leurs blessures sous l'influence du traitement spécifique. Celui-ci paraît avoir une action heureuse sur les hémorragies secondaires.

V. — **Divers.**

C'est au laboratoire de la Charité, attaché au service de M. Legry que je ne saurais trop remercier de la grande bienveillance qu'il a bien voulu me témoigner, que j'ai poursuivi le plus grand nombre de mes recherches anatomo-pathologiques.

A. — Nous avons publié avec M. Legry un cas de lymphadénome intestinal : lymphocytome ganglionnaire ayant provoqué une ulcération de l'intestin, au voisinage de laquelle s'est développé un polyadénome de cet organe, compliqué de volumineuses métastases hépatiques.

B. — Avec MM. Legry et Velter, nous avons observé un cas de sporotrichose disséminée avec lésions oculaires. Le malade présentait une déformation des doigts des deux mains caractérisée par l'aspect en fuseau dû à la tuméfaction de la première phalange et de son articulation avec la deuxième. Il portait d'autre part des lésions de l'œil gauche, véritables gommes qui aboutirent à la perforation de la coque oculaire. C'est la première observation de lésions gommeuses de l'iris chez l'homme.

PARIS
IMPRIMERIE GÉNÉRALE LAHURE
9, Rue de Fleurus.